**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zamawiający:**

***SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze***

*ul. Zamkowa 1, 66-003 Zabór*

**Wykonawca:**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako „PZP”),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU   
W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług lekarza/ lekarza psychiatry w *SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze*** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 PZP

Oświadczam, że:

nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art.7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*……………………………………………………………………………………………………….*

*(podpis*